



Ouvert aux enfants Saint-Venantais ou scolarisés à Saint-Venant
De la TPS jusqu'au CM2

Places limitées

Du 13 au 17 Février
 Planning transmis le premier jour de l'accueil

**L'inscription se fait POUR TOUTE LA SEMAINE
 UNIQUEMENT A LA JOURNEE
 DE 9 H - 17 H : Repas et goûter fournis**

- Un service de garderie sera assuré
- de 7 h 30 à 9 h : 1.5 euros
- de 17 h à 18 h : 1 euro
- matin et soir : 2 euros
- dépassement après 18h15 : 2 euros
 (service facturé à la fin de l'accueil)

**Dossier à redéposer
 pour le mercredi 8 Février**

A la demande de la CAF, les tarifs appliqués prennent en compte le quotient familial.

| TARIFS POUR LA SEMAINE | Quotient Familial <à 700€ | 701€<Quotient Familial<1300€ | Quotient Familial > 1301 euros |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Journée continue | 53 euros | 58 euros | 63 euros |
| | 2ème enfant et suivant 48 euros | 2ème enfant et suivant 53 euros | 2ème enfant et suivant 58 euros |



Accueil de Loisirs fonctionne en partenariat avec la CAF D'ARRAS
 Possibilité de déduction de l'aide « temps libres » (joindre attestation CAF)

La facture vous sera envoyée par courrier, à réception de celle-ci le règlement sera à effectuer obligatoirement à la Trésorerie de Lillers

Joindre impérativement une attestation de la CAF ou l'avis d'imposition 2022
(si non fourni tarif le plus haut)

Tout dossier rendu vaut engagement et facturation



NOM de l'enfant :

Prénom :

Adresse : N° RUE :

VILLE :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Age exact en février 2023 :

Classe suivie en 2022-2023 :

Carte d'identité n°

PERSONNES AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT OU A CONTACTER

(y compris les parents)

| Nom - Prénom | Lien avec l'enfant | N° de Tel Portable |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Une pièce d'identité sera demandée lors de la sortie

Nom et Prénom de l'enfant :

AUTORITE PARENTALE

- Parents
 Mère (joindre copie du jugement)
 Père (joindre copie du jugement)



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CPAM : Caisse

n° assuré :

MUTUELLE : Nom :

n° assuré :

Allocation familiale : n°

AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE

Je soussigné Mr/Mme

AUTORISE (*)

N'AUTORISE PAS (*)

l'accueil de Loisirs de Saint-Venant à utiliser l'image de mon enfant.....afin de publier d'éventuelles photos ou vidéos sur la page Facebook de l'accueil de loisirs ou dans la presse, dans l'unique but de promouvoir un évènement ou d'en faire un bilan.

Je soussigné(e), responsable de l'enfant autorise la Directrice :
à prendre toutes les mesures qu' (il) elle jugerait utile au cas où l'enfant aurait besoin de soins urgents
et m'engage à envoyer mon enfant en bonne santé à l'accueil de Loisirs .

Date :

Signature :

Documents à joindre : - Photocopie du carnet de Vaccinations

- Fiche de liaison sanitaire dûment remplie

- Photocopie d'avis d'imposition 2022 et/ou attestation CAF :

si non fourni le tarif le plus haut sera appliqué

(*) Barrer la mention inutile

Veillez s'il vous plait rendre un dossier complet

Dossier :

complet

incomplet

(Barrer la mention inutile)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON **2022-2023** CERFA N° 85-0233

CEtte FICHE A ÈTE CONçUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : / /

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

| Précisez s'il s'agit : Du DT polio Du DT coq Du Tétracoq D'une prise polio | RAPPELS | | VACCINS PRATIQUES | | DATES | |
|--|---------|--|-------------------|--|-------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | |
|------------------------|----------------|-------|----------------|-------|
| | DATES | DATES | VACCINS | DATES |
| 1 ^{er} VACCIN | / / | / / | | / / |
| REVACCINATION | / / | / / | | / / |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

| INJECTIONS DE SÉRUM | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
| | | / / |
| | | / / |

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINES | RHUMATISMES | SCARLATINE |
|------------|-----------|---------|-------------|------------|
| non | oui | non | oui | non |
| non | oui | non | oui | non |
| COQUELUCHE | OTITES | ASTHME | ROUGEOLE | OREILLONS |
| non | oui | non | oui | non |
| non | oui | non | oui | non |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /
 / /
 / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : N° DE TEL : DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : Cachet de l'organisme (siège social)

ARRIVÉE LE : / /
 DÉPART LE : / /

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera son nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

